

## **ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ**

***Володькин В.В., Харкевич Н.Г., Сушков С.А.***

*УО «Витебские государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

**Актуальность.** В настоящее время остаётся открытым вопрос о выборе того или иного вида герниопластики при паховых грыжах. В большинстве случаев метод пластики зависит от умения хирурга выполнять тот или иной способ оперативного лечения паховых грыж. Не проводится анализ и дооперационная диагностика вида грыжи и как следствие применяется один, не всегда приемлемый метод лечения, что в конечном итоге сказывается на результате операции, послеоперационном периоде. Часто всё это приводит к рецидиву болезни.

Изучая макромикроскопические особенности паховой области, была выявлена закономерность, что у грыженосителей имеются

морфологические изменения коллагеновых волокон в структурных образованиях этой области, свидетельствующие об уменьшении их механических свойств. Деструкция коллагеновых волокон приводит к ослаблению каркасной функции брюшины, поперечной фасции, мышцы, апоневроза и возникновению грыжи. Данные изменения нами подробно описаны [1].

Закономерно возникает вопрос, почему у некоторых пациентов с паховыми грыжами происходят морфологические изменения в структурах образующих паховую область? И как, не прибегая к инвазивным методам исследования, с большой достоверностью можно выявить эти изменения. Тем самым попытаться предопределить развитие болезни и снизить число неудовлетворительных случаев её течения.

Предположение о врождённой слабости структурных образований паховой области позволило высказаться о возможной врождённой патологии соединительной ткани, иначе говоря, её дисплазии.

В настоящее время дисплазия соединительной ткани (ДСТ) определяется как состояние, при котором имеются различные по степени выраженности врождённые проявления дисплазии соединительной ткани с определёнными клиническими висцеро-локомоторными поражениями в эмбриональном или постнатальном периодах, проградентным течением и определёнными функциональными нарушениями [2].

**Цель работы** - изучение проявления синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани у больных с паховыми грыжами.

**Материалы и методы.** В исследование включено 39 пациентов с паховыми грыжами. Средний возраст пациентов составил  $56,3 \pm 12,6$  лет ( $M \pm \sigma$ )

До настоящего времени диагностика недифференцированной дисплазии соединительной ткани предстает трудную задачу. Поэтому основным способом является выявление фенотипических маркеров дисплазии соединительной ткани. К ним относятся различные локомоторные проявления, характеризующие состояние скелета, мышц, кожи и других органов. Диагностику различных проявлений ДСТ осуществляли на основании общепринятого обследования. Оценивалось состояние костных структур грудной клетки, верхних и нижних конечностей, мышц передней брюшной стенки и кожных покровов. Деформацию грудной клетки (воронкообразная, килевидная) определяли визуально. Патологию

позвоночника (сколиоз, «прямая спина», гиперкифоз, гиперлордоз) диагностировали клинически и с помощью пробы с отвесом. Долгостеномелию выявляли при измерении «кость/рост» в норме менее 11%, «стопа/рост» в норме менее 15%, разность «размах рук-рост» менее 7,6 см. Для диагностики арахнодактилии использовались «тест большого пальца» и «тест запястья». При первом тесте положительным результат считается если большой палец легко укладывается поперёк ладони и в этом положении выступает за её ульнарный край. При втором тесте положительный результат считался в случае, если пациент легко охватывал запястье мизинцем и большим пальцем. Локтевые и коленные суставы оценивали путём выявления их гипермобильности, которая устанавливалась в случаях возможности переразгибания суставов более чем на 10 градусов. Деформация нижних конечностей и наличие продольного или поперечного плоскостопия выявляли визуально. Состояние кожи оценивали как «тонкая кожа» при наличии видимого сосудистого рисунка, как «вялая» - снижение её упругости и эластичности, и как «растяжимая», если безболезненно оттягивалась на 2-3 см в области тыла кисти.

**Результаты и обсуждение.** Считается, что у здоровых лиц количество выявляемых маркёров варьирует от 0 до 4, а при наличии более 4 фенотипических признаков можно говорить о синдроме дисплазии соединительной ткани у обследуемого пациента.

Подсчитывая фенотипические признаки дисплазии соединительной ткани у пациентов с паховыми грыжами была выявлена закономерность. Наибольшее количество фенотипических признаков было у пациентов с паховоомошоночными грыжами, у таких пациентов среднее количество признаков насчитывало  $7 \pm 1,7$  ( $M \pm \sigma$ ). На втором месте были пациенты с прямыми и рецидивными паховыми грыжами  $6 \pm 1,6$  ( $M \pm \sigma$ ) и  $5,8 \pm 1,6$  ( $M \pm \sigma$ ) признака соответственно. На третьем месте были пациенты с косыми паховыми грыжами среднее количество фенотипических признаков составило  $4,7 \pm 1,7$  ( $M \pm \sigma$ ).

Полученные данные свидетельствуют о наличии признаков дисплазии соединительной ткани у лиц имеющих паховые грыжи. Наиболее выражены эти изменения у пациентов с паховоомошоночными и у пациентов с прямыми паховыми грыжами.

### **Выводы**

1. У больных с паховыми грыжами выявляется синдром недифференцированной дисплазии соединительной ткани (ДСТ).

2. Наибольшее количество фенотипических маркеров ДСТ выявлено у пациентов с паховомошоночными и с прямыми а так же рецидивными грыжами.

Литература:

1. Володькин, В. В. Макромикроскопические особенности паховой области и возможные причины рецидива паховых грыж / В. В. Володькин, О. Д. Мяделец, Н. Г. Харкевич // Новости хирургии -2006. – Т14., №2 – С. 7-12.

2. Кадурина, Т. И. Наследственные коллагенопатии (клиника, диагностика, лечение и диспансеризация) / Т. И. Кадурина. –СПб.:Невский диалект, 2000. – 271с.